

ARTÍCULO DE REVISIÓN

LACTANCIA MATERNA Y EL DESARROLLO DE ANOMALÍAS DENTOMAXILARES Y MALOCLUSIONES DURANTE LA INFANCIA: REVISIÓN NARRATIVA.

BREASTFEEDING AND THE DEVELOPMENT OF DENTOMAXILLARY ANOMALIES AND MALOCCLUSIONS DURING CHILDHOOD: A NARRATIVE REVIEW.

Ignacia Aguayo Romero, ¹ Andrea Cárdenas Díaz. ²

¹ Cirujano Dentista. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago. Chile. Correo electrónico: ignacia.aguayo@uc.cl ORCID <https://orcid.org/0009-0009-2140-8682>

² Profesora Clínica Asistente Escuela de Odontología UC. Cirujano Dentista, Universidad de Chile. Especialista en Odontopediatría, Universidad de Chile. Santiago, Chile. Correo electrónico: acardenasd@uc.cl ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1667-3069>

Recibido: 21-04-2025

Aceptado: 18-06-2025

Publicado: 22-12-2025

Correspondencia

Ignacia Aguayo Romero: Pontificia Universidad Católica de Chile, Camino Agua del Palo 953, Vitacura, Santiago, Chile, 7660082, 993304562, ignacia.aguayo@uc.cl

RESUMEN

Objetivo: analizar la influencia de la lactancia materna en el desarrollo de anomalías dentomaxilares y maloclusiones en la infancia.

Método: se realizó una revisión híbrida sistemático-narrativa a partir de una búsqueda sistemática de la literatura científica en bases de datos internacionales (*National Institute for Health and Care Excellence, Cochrane, Biblioteca Virtual en Salud, PubMed, Epistemonikos, Biomed Central*) y de la literatura gris proveniente de organismos oficiales. Se aplicaron la estrategia PICO y filtros de inclusión y exclusión predefinidos. De 659 fuentes identificadas, se seleccionaron 35 para el análisis final, con prioridad a revisiones sistemáticas y metaanálisis publicados en los últimos diez años. **Resultados:** los hallazgos mostraron que la lactancia materna exclusiva y prolongada actuó como factor protector frente a diversas maloclusiones, como la mordida abierta anterior, la mordida cruzada posterior y la maloclusión clase II. La duración inferior a 12 meses se asoció con un mayor riesgo de desarrollar maloclusiones, mientras que la lactancia exclusiva ≥ 6 meses redujo la probabilidad de alteraciones oclusales. No obstante, se observó heterogeneidad metodológica entre los estudios y discrepancias en torno a la duración óptima de la lactancia y sus efectos sobre la oclusión. **Conclusiones:** la lactancia materna exclusiva y prolongada cumple un rol fundamental en la prevención de maloclusiones y en la promoción del desarrollo craneofacial armónico. Se recomienda fortalecer su promoción en Atención Primaria de Salud mediante la consejería, los protocolos intersectoriales y la inclusión activa de odontólogos en los equipos de lactancia.

Palabras clave: atención primaria de la salud, lactancia materna, maloclusión, crecimiento y desarrollo.

ABSTRACT

Objective: to analyze the influence of breastfeeding on the development of dentomaxillary anomalies and malocclusions during childhood. **Method:** a hybrid systematic-narrative review was conducted based on a systematic search of scientific literature in international databases (*National Institute for Health and Care Excellence, Cochrane, Virtual Health Library, PubMed, Epistemonikos, BioMed Central*) and grey literature from official organizations. The PICO strategy and predefined inclusion and exclusion filters were applied. Out of 659 identified sources, 35 were selected for final analysis, prioritizing systematic reviews and meta-analyses published within the last ten years.

Results: The findings demonstrated that exclusive and prolonged breastfeeding acts as a protective factor against various malocclusions, such as anterior open bite, posterior crossbite, and Class II malocclusion. A duration of less than 12 months was associated with an increased risk of developing malocclusions, whereas exclusive breastfeeding for ≥ 6 months reduced the probability of occlusal disturbances. However, methodological heterogeneity among studies and discrepancies regarding the optimal duration of breastfeeding and its effects on occlusion were observed. **Conclusions:** exclusive and prolonged breastfeeding plays a fundamental role in preventing malocclusions and promoting harmonious craniofacial development. It is recommended to strengthen its promotion in Primary Health Care through counseling,

intersectoral protocols, and the active inclusion of dentists within breastfeeding support teams.

Keywords: primary health care, breastfeeding, malocclusion, growth and development.

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna (LM) es un proceso natural que se desarrolla durante los primeros meses de vida del recién nacido. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es la manera ideal de alimentar al infante, ya que aporta nutrientes y anticuerpos para la sobrevivencia de niñas(os) después de Recién Nacidos. ⁽¹⁾

La lactancia materna exclusiva (LME) es la ausencia de cualquier otro alimento, ya sea sólido o líquido, incluida el agua, distinto de la leche materna. ⁽²⁾ La OMS y la *United Nations International Children's Emergency Fund* (UNICEF) recomiendan que la LM sea exclusiva durante los primeros seis meses, y luego introducir de manera progresiva alimentos de distinta consistencia con el mantenimiento de la lactancia hasta los 2 años o más. ^(1,3,4)

Son múltiples los beneficios atribuidos al amamantamiento: nutrición óptima (la leche materna aporta todos los nutrientes necesarios hasta los 6 meses de vida), ^(4,5) reducción del riesgo de diarreas, infecciones respiratorias y otitis media, ^(4,6) menor riesgo de colesterol alto, obesidad infantil y otras enfermedades no transmisibles causadas por la obesidad. ^(3,7)

También disminuye el riesgo de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2); se asocia a un mayor desarrollo cognitivo, menor mortalidad infantil, menor riesgo de leucemia y menor riesgo de muerte súbita del lactante (SMSL). ⁽⁶⁻⁸⁾ Además, tiene beneficios para la madre del lactante, como la disminución del riesgo de cáncer de mama y de ovario, ^(4,6,7,9)

prevención de DM2, ^(6,7,9) menor riesgo de obesidad, ⁽⁹⁾ depresión posparto, ⁽¹⁰⁾ ataques cardíacos, anemia y osteoporosis. ⁽³⁾ También fortalece el bienestar emocional y el vínculo madre-hijo al favorecer el apego y la satisfacción materna. ⁽⁷⁾

La LM es fundamental en la promoción de un adecuado desarrollo motor oral y, en consecuencia, una favorable oclusión primaria, ^(11, 12) lo que ocurre principalmente a través del acto de succión, pues favorece el desarrollo de estructuras craneofaciales mediante el ejercicio de los músculos masticatorios del lactante. ^(13, 14) Además, disminuye el riesgo de presentar respiración oral y hábitos de succión no nutritivos, lo que también previene anomalías dentomaxilares y/o maloclusiones. ^(11-13, 15, 16)

Las anomalías dentomaxilares (ADM) corresponden a pérdidas de la normalidad anatómica y funcional que afectan la relación armónica dentomaxilar y/o esquelética de la cavidad bucal, ⁽¹⁷⁾ y una maloclusión es la desviación de las relaciones intramaxilares o intermaxilares respecto a la oclusión normal. ⁽¹⁸⁾ Entre los factores de riesgo para desarrollarla se encuentran la herencia, la falta de crecimiento maxilar, anomalías del número y/o del tamaño dentario, la pérdida prematura de dientes temporales, las caries interproximales, los hábitos nocivos, entre otros. ⁽¹⁷⁾

De acuerdo con la OMS, la maloclusión es la tercera patología oral más común, luego de las caries y la enfermedad periodontal, con una prevalencia entre el 39% y el 93% en niños y adolescentes, un rango amplio que posiblemente se deba a las diferencias étnicas y etarias entre los estudios. ⁽¹⁹⁾

En Chile no se identificaron estudios recientes que determinen la prevalencia de ADM a nivel del país;

sin embargo, en el año 2007 se observó que la prevalencia de ADM en niños de 4 años es de 33,3%, de 38,3% a los 6 años y de 53% a los 12 años, datos que evidencian su característica progresiva. ⁽¹⁷⁾

La LM favorece un desarrollo armónico de maxilares, lengua y músculos faciales, ⁽²⁰⁾ y protege contra diversas maloclusiones, ⁽²⁰⁻²²⁾ por lo que su fomento debe integrarse en las estrategias de Salud Pública en Chile. Si bien la coordinación del componente de LM se encuentra enmarcada en el Programa Nacional de Salud Integral de la Infancia, su promoción, protección y apoyo requieren la participación de diversos actores intra e intersectoriales. ⁽²³⁾

En este contexto, los odontólogos en la Atención Primaria de Salud (APS) cobran especial relevancia, ya que el primer nivel de atención se centra en la promoción de estilos de vida saludables y en la prevención temprana de patologías. ⁽²⁴⁾ Integrar este conocimiento en la práctica diaria permite identificar riesgos asociados a malos hábitos, orientar a las familias en la adopción de prácticas protectoras y favorecer el desarrollo armónico de funciones como la succión, la deglución y la respiración.

La evidencia científica en torno a este tema se encuentra en constante evolución, por lo que resulta necesario que los profesionales de APS mantengan procesos de actualización permanentes, lo asegura que las intervenciones preventivas y educativas se sustenten en la mejor evidencia disponible para reforzar el aporte a la promoción de la salud bucal en el marco de un enfoque integral e intersectorial.

Desde una perspectiva de salud pública y familiar, el fomento de la LM se debe alinear con los objetivos de los programas nacionales y se debe

incorporar en las actividades preventivas de salud bucal con el fin de potenciar el impacto colectivo y disminuir la prevalencia de maloclusiones y disfunciones orales, para contribuir al bienestar integral desde la primera infancia.

Debido a la alta prevalencia de ADM y maloclusiones en Chile, resulta fundamental conocer los beneficios de la LM en la prevención y promoción del adecuado desarrollo craneofacial. No obstante, persisten vacíos de conocimiento respecto de los mecanismos específicos mediante los cuales la succión al pecho contribuye a la maduración funcional y estructural de los maxilares, así como sobre la magnitud de su efecto protector frente a maloclusiones y otros trastornos del crecimiento craneofacial.

Asimismo, la evidencia disponible presenta heterogeneidad metodológica y resultados inconsistentes, particularmente en relación con la duración óptima de la lactancia, ya que, si bien se recomienda la LME por al menos seis meses, algunos estudios discrepan sobre los efectos de su prolongación más allá de los doce meses. ^(6, 19, 20) Adicionalmente, se ha señalado la carencia de evidencia sólida que respalde de manera concluyente un efecto positivo de la LM sobre la oclusión. ⁽²⁵⁾

En este contexto, la presente revisión sintetiza e integra críticamente los hallazgos reportados en revisiones sistemáticas y metaanálisis previos, al comparar sus resultados y enfoques metodológicos, con el fin de ofrecer una visión interpretativa orientada a la práctica clínica y al contexto de la Atención Primaria de Salud. En este marco, el objetivo de esta revisión narrativa fue analizar la influencia de la lactancia materna en el desarrollo de anomalías dentomaxilares y maloclusiones durante la infancia.

MÉTODOS

La presente investigación correspondió a una revisión híbrida sistemático-narrativa ⁽²⁶⁾ de la literatura científica sobre la relación entre LM, el desarrollo de maloclusiones y ADM en la infancia. Este enfoque, que integra procedimientos sistemáticos de búsqueda y selección de literatura con una síntesis narrativa de los hallazgos, permitió analizar evidencia heterogénea proveniente de revisiones sistemáticas, metaanálisis, guías clínicas y literatura gris relevante para la APS. ⁽²⁶⁾ Este tipo de revisión ha sido recomendado para estudios que requieren rigor metodológico sin limitarse exclusivamente al formato de revisión sistemática estricta.

La búsqueda bibliográfica se realizó entre 2024 y 2025 en las siguientes bases de datos: *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)*, *Cochrane Library*, Biblioteca Virtual en Salud (BVS), *PubMed*, *Epistemonikos*, Biomed Central (BMC), y se incorporó literatura gris proveniente de organismos reconocidos como la Organización Mundial de la Salud (OMS), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Ministerio de Salud de Chile (MINSAL).

La estrategia de búsqueda se estructuró mediante el enfoque PICO (*Patients, Intervention, Comparison, Outcomes*), definido de la siguiente manera para precisar la pregunta de investigación:

- P (Población): niños con dentición primaria, mixta o permanente
- I (Intervención): lactancia materna
- C (Comparación): alimentación con biberón u otros métodos
- O (*Outcomes*): presencia de maloclusiones y anomalías dentomaxilares

Se emplearon términos de búsqueda *MeSH*: *breast feeding, malocclusion, growth and development, child health y mother health*, con los operadores booleanos AND y OR, de la siguiente manera: "Breast Feeding" AND "Malocclusion" OR "Malocclusions" / "Breast Feeding" AND "Growth and Development" / "Breast Feeding" AND "Child Health" / "Breast Feeding" AND Mother "Health". El detalle del proceso de búsqueda y selección se presenta en el flujograma correspondiente a la Figura N° 1.

La búsqueda fue realizada por dos revisores independientes, quienes participaron en las fases de búsqueda, selección y redacción del texto. Se aplicó un primer filtro por idioma, tipo de artículo y año de publicación. Luego se eliminan los duplicados. El siguiente filtro se realizó por título y resumen, seguido de la lectura del texto completo de los estudios potencialmente relevantes.

Los datos fueron registrados en una matriz de Excel e incluyeron: autor, año, país, diseño del estudio, tipo y duración de la lactancia, tipo de dentición evaluada, tipo de maloclusión reportada y, cuando correspondía, medidas de asociación como *Odds Ratio* (OR) y Riesgo Relativo (RR), entre otras.

La razón para diferenciar las fuentes según la sección del artículo fue metodológica. La literatura gris y las guías clínicas se utilizaron de manera exclusiva para la introducción y la discusión, ya que aportan datos epidemiológicos, definiciones y lineamientos oficiales; mientras que para la síntesis de resultados solo se incluyeron revisiones sistemáticas y metaanálisis para asegurar mayor consistencia y solidez en la evidencia presentada. La síntesis se realizó mediante análisis descriptivo y comparativo e integró los resultados cuantitativos y cualitativos reportados por los autores de cada

revisión. Se empleó una síntesis narrativa, apropiada para integrar evidencia heterogénea y describir patrones, concordancias y divergencias entre los estudios.

Se consideró la calidad metodológica de los estudios incluidos, se contemplaron los criterios de inclusión y exclusión declarados, la presencia de más de un revisor en el proceso de selección y la existencia de un análisis cualitativo de los estudios incorporados. Asimismo, se sistematizó la información disponible sobre el uso de herramientas de evaluación de la calidad, tales como la escala Newcastle–Ottawa (NOS) y las herramientas del Joanna Briggs Institute (JBI). (27,28)

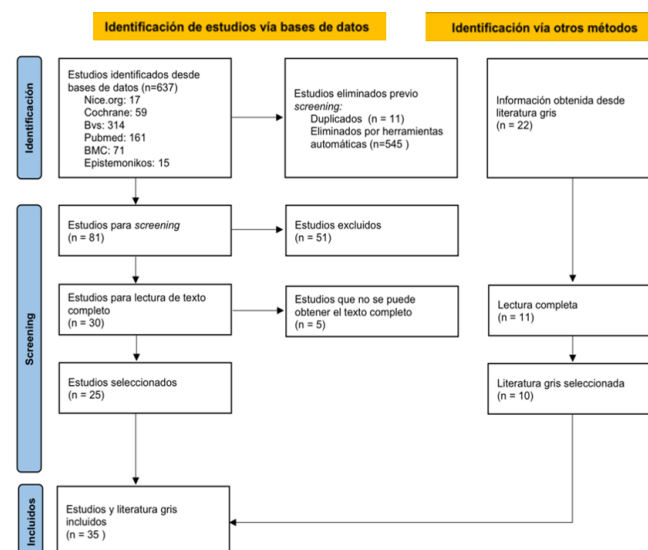
Se consideraron revisiones sistemáticas, metaanálisis y guías clínicas publicados en los últimos 10 años, en inglés o español; estudios que reportaron métodos de evaluación de la calidad de los estudios primarios y literatura gris (páginas web y archivos oficiales) reciente de organismos oficiales, utilizada solo para contextualizar epidemiología, definiciones y recomendaciones. Se incorporó una excepción metodológica justificada mediante un documento del MINSAL de 2010, con datos de 2007, ya que constituye la fuente más actualizada disponible sobre la prevalencia de ADM en Chile.

Se consideraron artículos con más de 10 años de antigüedad, publicaciones sin acceso al texto completo, estudios no directamente relacionados con LM ni con maloclusiones, y artículos que no describieran la evaluación cualitativa o metodológica de la evidencia incluida. Asimismo, en la sección de resultados se excluyeron todos los estudios que no correspondieran a revisiones sistemáticas ni a metaanálisis.

RESULTADOS

El proceso de búsqueda para obtener los resultados se describe en el flujograma de la Figura N° 1. En total, se identificaron 637 artículos; tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión, quedaron 81, de los cuales se seleccionaron 25 que fueron analizados y leídos en su totalidad. Además, se identificaron 22 fuentes de literatura gris, de las cuales se seleccionaron 10, lo que permitió incluir 35 investigaciones en el estudio.

Figura N° 1. Diagrama de flujo PRISMA de proceso de búsqueda.



Fuente: elaboración propia.

Los resultados sistematizados se presentan en la Tabla N° 1, que describe los diferentes tipos de estudios, autores, año de publicación, revista de publicación, país de origen de la revista, tipo de artículo, objetivo, metodología empleada y conclusiones.

En la Tabla N° 2, se muestran los datos cuantitativos o cualitativos y de calidad, y en la Tabla N° 3, la síntesis de las maloclusiones según el tiempo de la LM y el tipo de dentición analizados en la evidencia encontrada.

Tabla N° 1. Descripción de estudios incluidos

Autores, año, revista y tipo de estudio	Objetivo	Métodos	Conclusión
Doğramacı EJ, Rossi-Fedele G, Dreyer CW. 2017. The Journal of the American Dental Association. (Estados Unidos) Revisión sistemática y metaanálisis. (11)	Evaluar la asociación entre la LM y las maloclusiones en la dentición primaria.	Búsqueda en bases de datos electrónicas; inclusión de estudios observacionales; metaanálisis. Calidad metodológica según los autores de cada estudio (JBI).	LM insuficiente aumenta el riesgo de mordida abierta, de clase II y de mordida cruzada posterior.
Abate A, Cavagnetto D, Fama A. 2020 Nutrients (Suiza). Revisión sistemática. (20)	Analizar la influencia de la LM en distintos tipos de maloclusión	Revisión PRISMA; inclusión de cohortes, casos y controles, y ensayos clínicos; análisis de calidad según la escala NOS reportada por los autores.	LM reduce mordida cruzada posterior, clase II y distoclusión. Mayor duración resulta en mayor efecto protector.
Glazer K, Morales A, Giacomelli G. 2015. Acta Paediatrica. Suecia. Revisión sistemática y metaanálisis (21)	Evaluar si la LM reduce el riesgo de desarrollar maloclusiones.	Revisión de estudios observacionales e intervencionales; metaanálisis. Calidad según el JBI, reportada por cada autor.	LM protege especialmente frente a mordida abierta. Efecto menos claro en la mordida cruzada posterior. LM exclusiva y prolongada ofrece una mayor protección.
N. Cenozo C. Berti, F. Cazzanig. Primary Dental Journal (PDJ). Reino Unido Revisión sistemática. 2023 (22)	Revisar la evidencia sobre LM y maloclusiones en la dentición temporal.	Búsqueda en las principales bases de datos; análisis de cualitativo; calidad según el NOS, reportada por los autores.	LM se asocia con un menor riesgo de mordida cruzada posterior y de clase II; efecto dependiente del tiempo.
Guimaraes L, Martins S, Almeida I. 2016 Brazilian Oral Research, Brasil, Revisión sistemática. (29)	Evaluar la asociación entre el uso de LM/biberón y las maloclusiones en la dentición mixta y permanente.	Revisión PRISMA; estudios epidemiológicos. Calidad según el reporte NOS de los autores.	No se identificó una asociación clara entre LM y maloclusión en la dentición mixta/permanente.
Sadoun, C. Templier L, Alloul L. 2024 Journal of Clinical Dentistry. Estados Unidos Revisión sistemática. (30)	Sintetizar evidencia sobre hábitos de succión nutritivos/no nutritivos y maloclusiones.	Revisión PRISMA; análisis de estudios sobre LM y hábitos. Calidad reportada mediante JBI + GRADE.	LM es protectora; el biberón y los hábitos no nutritivos aumentan el riesgo de mordida abierta, cruzada posterior, protrusión incisiva y clase II.
Abreu, E. Coelho C, Freitas L. 2018 Journal of Human Lactation. Estados Unidos Revisión sistemática y metaanálisis. (31)	Evaluar si tipo y duración de LM se asocian con maloclusiones en dentición primaria.	Inclusión de estudios observacionales; metaanálisis. Calidad evaluada según las herramientas reportadas por los autores.	LM ≥ 6 meses reduce de manera significativa múltiples maloclusiones.
Boronat M, Montiel J, Bellot C. 2017 Scientific Reports Reino Unido. Revisión sistemática y metaanálisis. (32)	Evaluar los efectos de la LM en maloclusiones primarias/mixtas.	Estudios observacionales; metaanálisis. Calidad según el reporte NOS, reportada por los autores.	Mayor riesgo de mordida cruzada posterior y de maloclusión de clase II en la dentición no espaciada al comparar a los niños no amamantados con los amamantados.
Hermont A., Martins C, Zina L. 2015 International Journal of Environmental Research and Public Health. Suiza. Revisión sistemática. (33)	Evaluar la asociación entre el uso de biberón y las maloclusiones en la dentición primaria.	Revisión de cohortes prospectivas; calidad según la NOS modificada.	Evidencia insuficiente para asociar el biberón con la maloclusión. Heterogeneidad alta y pobre control de confusores.
Teshome, A. Girma, B. SN. 2021. Comprehensive Clinical Medicine Suiza. Revisión sistemática (34)	Analizar la relación entre LM y el riesgo de maloclusiones.	Estudios observacionales/intervencionales; calidad según el JBI, reportada por los autores.	La LM exclusiva ≥ 6 meses reduce el riesgo de maloclusiones (resalte, mordida abierta y cruzada).

Tabla N° 2. Datos cuantitativos y cualitativos de las investigaciones seleccionadas.

Autores, año.	Datos cuantitativos	Análisis de calidad
Doğramaci EJ, Rossi-Fedele G, Dreyer CW. 2017. (11)	LM <12 meses: Desarrollo de mordida abierta anterior: n = 1875; RR: 3,58; intervalo de confianza del 95%: 2,55 a 5,03; p < 0,00001 Relación canina de clase II (n = 1203; RR: 1,65; intervalo de confianza del 95%: 1,38 a 1,97; p < 0,00001).	Dos revisores acreditados por JBI evaluaron la calidad metodológica de los artículos, y se utilizaron los instrumentos de evaluación crítica de JBI SUMARI. Se incluyen las con puntaje mínimo de 8 sobre 10. Las discrepancias se resolvieron por consenso.
Abate A, Cavagnetto D, Fama A, Suiza. 2020 (20)	No especifica.	La calidad de los estudios seleccionados se evaluó mediante la escala Newcastle-Ottawa (NOS) para cohortes y casos y controles. En caso de discrepancias, se recurrió a un tercer revisor. Los estudios observacionales incluidos obtuvieron una calificación de moderada a alta calidad metodológica.
Glazer K, Morales A, Giacomelli G. 2015 (21)	Maloclusiones en niños con ausencia de LM vs presencia de LM: OR: 0,34; IC del 95 %: 0,24; 0,48 Riesgo de maloclusiones en niños con LME vs sin LME: OR: 0,54; IC del 95 %: 0,38; 0,77 Maloclusiones en niños con LM prolongada vs LM breve: OR: 0,40; IC del 95 %: 0,29; 0,54.	La calidad de los estudios se evaluó mediante la <i>Critical Appraisal Checklist de JBI</i> . La evaluación fue realizada por dos revisores y las discrepancias se resolvieron por consenso. Trece estudios fueron clasificados como de alta calidad, veinte como de calidad media y quince como de baja calidad.
N. Cenzato C, Berti, F. Cazzanig. 2023 (22)	Se menciona que se obtiene la <i>ratio</i> de ODS de cada artículo para evaluar la asociación entre el tipo de LM y la presencia de maloclusión.	Para el análisis cualitativo, se utilizó la escala NOS. Dos revisores aplicaron la escala y en caso de discrepancias, se recurrió a un tercer evaluador. Todos los estudios seleccionados obtuvieron puntajes de moderados a altos.
Guimaraes L, Martins S, Almeida I. 2016 (29)	Asociación entre la duración de la alimentación con biberón y la necesidad de ortodoncia: OR = 1,73; IC95%: 0,82–2,10; p = 0,058. No hay asociación El riesgo de LM prolongada disminuyó el riesgo de maloclusión (p < 0,001). El riesgo de maloclusión en niños con ausencia de LM y bruxismo: clase II [OR = 3,14; IC95%: 1,28–7,66; p < 0,05] y clase III [OR = 2,78; IC95%: 1,21–6,36; p < 0,05]. Mayor protrusión de incisivos mandibulares y maxilares con LM >6 meses vs LM ≤6 o alimentación con biberón (p < 0,05), Dos estudios no encontraron asociaciones significativas (p > 0,05).	La calidad metodológica fue evaluada por dos investigadores mediante la escala NOS para estudios de casos y controles y su versión modificada para estudios transversales, con puntaje de 3 puntos y entre 1 a 4 puntos. Las discrepancias entre los evaluadores se resolvieron mediante discusión.
Sadoun, C. Templier L, Alloul L. 2024 (30)	No especifica.	La calidad metodológica y el riesgo de sesgo fueron evaluados por dos revisores mediante las listas de verificación de JBI. Además, se utilizó el sistema



		GRADE para valorar la calidad global de la evidencia.
Abreu, E. Coelho C, Freitas L. 2018. (31)	<p>Menor riesgo de maloclusiones en presencia de LM</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cualquier tiempo: (OR=0,63; IC95%: 0,49–0,80) - ≥ 6 meses (OR=0,54; IC95%: 0,40–0,72) - ≥ 12 meses (OR=0,31; IC95%: 0,20–0,50). <p>La heterogeneidad fue alta ($I^2 > 50\%$), pero los análisis por subgrupos según el diseño de estudio y el tipo de maloclusión la redujeron, manteniéndose asociaciones significativas tanto en estudios transversales (OR=0,28) como en estudios de cohortes (OR = 0,38).</p> <p>Menor riesgo de maloclusiones en LME ≥ 6 meses: OR = 0,49; IC95%: 0,31–0,77. Los análisis de sensibilidad, a excepción de los estudios con alto riesgo de sesgo, confirmaron resultados similares, lo que refuerza la consistencia de la asociación.</p>	<p>El riesgo de sesgo se evaluó mediante una herramienta específica para estudios observacionales. Además, se emplearon gráficos en embudo y se incluyeron estudios no publicados para detectar sesgo de publicación. Ningún estudio fue considerado adecuado según la herramienta de evaluación de la calidad.</p>
Boronat M, Montiel J, Bellot C. 2017 (32)	<p>Riesgo de mordida cruzada posterior en niños sin LM versus: LM ≥ 6 meses: OR de 3,76 (IC del 95 %: 2,01-7,03)</p> <p>LM ≥ 12 meses: 8,78 (IC del 95 %: 1,67-46,1)</p> <p>Riesgo de maloclusión clase II: en niños con LM ≤ 6 meses versus con LM ≥ 6 meses: OR de 1,25 (IC del 95 %: 1,01-1,55).</p> <p>Riesgo de ausencia de espacios primates en LM ≤ 6 meses versus LM ≥ 6 meses: OR = 1,73 (IC del 95 %: 1,35-2,22) .</p>	<p>La calidad de los estudios se evaluó con la escala NOS para cohortes, casos y controles. La evaluación fue realizada por dos revisores y las discrepancias se resolvieron con un tercer evaluador. La calidad de los estudios observacionales evaluados fue de moderada a alta según la escala NOS.</p>
Hermont A., Martins C, Zina L. 2015 (33)	<p>Asociación entre LM y maloclusión: no significativa ($p \geq 0,05$), excepto entre el <i>overjet</i> y la ausencia de LM ($p = 0,006$).</p> <p>Riesgo de mordida cruzada posterior y LM no exclusiva: OR = 1,95; OR = 2,54; $p < 0,001$</p> <p>La mayoría de los estudios no informó adecuadamente sobre los factores de confusión y solo la mitad ajustó por hábitos de succión no nutritivos.</p>	<p>La calidad metodológica se evaluó mediante una versión modificada de la escala NOS para estudios de cohorte (1-10). La calidad metodológica varió entre 3 y 8 puntos, con frecuentes limitaciones en el proceso de recolección de datos. Las evaluaciones orales se realizaron una sola vez y en edades heterogéneas (3–6 años), sin exámenes de línea basal ni seguimiento longitudinal para determinar la evolución de las maloclusiones. Además, pocos estudios controlaron por factores de confusión.</p>
Teshome, A. Girma, B. 2021 (34)	<p>Menor riesgo de maloclusión en LME :</p> <ul style="list-style-type: none"> - resalte (OR de 0,65 a 16,4%) - mordida cruzada (OR de 1,2) y mordida abierta. <p>Menor riesgo de maloclusión EN LME prolongada (≥ 6 meses)</p> <ul style="list-style-type: none"> - resalte (OR = 0,511 [0,290, 0,902], $p = 0,021$) - mordida abierta anterior (OR = 3,7). <p>Los niños con LME < 6 meses presentaron un riesgo cuatro veces mayor de desarrollar mordida cruzada posterior que los con LME ≥ 6 meses.</p>	<p>La calidad de los artículos incluidos en la revisión sistemática y el metaanálisis se evaluó mediante la lista de verificación de evaluación crítica del JBI y los estudios con una puntuación de evaluación de calidad de 50% o superior se incluyeron en la revisión.</p>

En relación con la Tabla N°1, el análisis comparativo de los criterios de inclusión y exclusión de los estudios revisados evidenció una heterogeneidad metodológica, lo que dificultó la comparación de los resultados, ya que mientras unos extendieron el rango hacia la dentición mixta y permanente, ⁽²⁹⁾ otros centraron su población en niños sanos con dentición primaria o hasta los 7 años. ^(11, 30, 31) Asimismo, varios estudios incorporaron de manera sistemática la evaluación de hábitos de succión no nutritivos, ^(20, 22, 30, 31) mientras que otros se limitaron exclusivamente a la relación entre lactancia y maloclusión. ^(11, 32-34)

En cuanto al diseño, la mayoría incluyó estudios observacionales analíticos, aunque algunos fueron más restrictivos y solo aceptaron cohortes prospectivas, ⁽³³⁾ lo que aumenta la rigurosidad, pero reduce la cantidad de evidencia disponible. También se observaron diferencias en los criterios de exclusión, desde limitaciones por idioma o diagnósticos incompletos ^(20, 22, 30, 34) hasta la exclusión de poblaciones específicas o de estudios que abordaban desenlaces distintos de la maloclusión. ^(29, 32, 33)

En la Tabla N° 2 se presentan los hallazgos cuantitativos y cualitativos más relevantes. En relación con los datos cuantitativos, destacan los valores de OR y RR, que evidencian asociaciones significativas entre la ausencia o la menor duración de la LM y la aparición de maloclusiones específicas. La LM inferior a 12 meses se asoció con un mayor riesgo de mordida abierta anterior (RR: 3,58; IC95%: 2,55–5,03; $p < 0,00001$) y de relación canina clase II (RR: 1,65; IC95%: 1,38–1,97; $p < 0,00001$). ⁽¹⁰⁾ De manera similar, la LM prolongada mostró un efecto protector frente a maloclusiones en general (OR: 0,40; IC95%: 0,29–0,54), ⁽²¹⁾ mientras que la lactancia exclusiva por \geq

6 meses redujo el riesgo de maloclusiones (OR: 0,54; IC95%: 0,40–0,72). ^(28, 31) Otros trabajos reportaron un aumento del riesgo de mordida cruzada posterior en ausencia de lactancia (OR: 3,76; IC95%: 2,01–7,03). ⁽²⁹⁾

El análisis cualitativo de los estudios incluidos permitió identificar la coherencia y las limitaciones metodológicas de cada investigación. En general, las revisiones sistemáticas y metaanálisis mostraron una rigurosidad adecuada al aplicar herramientas de evaluación de la calidad, como la *Newcastle-Ottawa Scale* (NOS), las *JBICritical Appraisal Tools* y el sistema GRADE.



Tabla N° 3. Síntesis de resultados.

Maloclusión	Tiempo de lactancia materna (LM)	Tipo de dentición	Evidencia
Mayor riesgo de mordida abierta anterior	LM ausente	Primaria	Doğramacı EJ, Rossi-Fedele G, Dreyer CW 2017. ⁽¹⁰⁾
			Boronat M, Montiel J, Bellot C. 2017 ⁽²⁸⁾
	LM breve	No específica	Glazer K, Morales A, Giacomelli G. 2015 ⁽²¹⁾
		Primaria	Doğramacı EJ, Rossi-Fedele G, Dreyer CW 2017. ⁽¹¹⁾
			Abreu, E. Coelho C, Freitas L. 2018. ⁽³¹⁾
		Primaria o mixta	Sadoun, C. Templier L, Alloul L. 2024 ⁽²⁹⁾
		No específica	Glazer K, Morales A, Giacomelli G. 2015 ⁽²¹⁾
	LM No Exclusiva o LM Breve	Primaria	Teshome, A. Girma, B. 2021 ⁽³⁴⁾
Mayor riesgo de clase II canina	LM breve	Primaria	Doğramacı EJ, Rossi-Fedele G, Dreyer CW 2017. ⁽¹²⁾
Mayor riesgo de mordida cruzada posterior	LM ausente	Primaria	Boronat M, Montiel J, Bellot C. 2017 ⁽³²⁾
		Mixta y primaria	Abate A, Cavagnetto D, Fama A, 2020 ⁽²⁰⁾
	LM breve	Primaria	N. Cenzato C. Berti, F. Cazzanig 2023 ⁽²²⁾
			Abreu, E. Coelho C, Freitas L. 2018. ⁽³¹⁾
			Boronat M, Montiel J, Bellot C. 2017 ⁽²³⁾
			Doğramacı EJ, Rossi-Fedele G, Dreyer CW 2017. ⁽¹¹⁾
			Teshome, A. Girma, B. 2021 ⁽³⁴⁾
		Mixta y primaria	Abate A, Cavagnetto D, Fama A, 2020 ⁽²⁰⁾
			N. Cenzato C. Berti, F. Cazzanig 2023 ⁽²²⁾
			Glazer K, Morales A, Giacomelli G. 2015 ⁽²¹⁾
	LM no exclusiva	Primaria	Doğramacı EJ, Rossi-Fedele G, Dreyer CW 2017. ⁽¹¹⁾
		Mixta y primaria	Sadoun, C. Templier L, Alloul L. 2024 ⁽³⁰⁾
		No específica	Glazer K, Morales A, Giacomelli G. 2015 ⁽²¹⁾
	LM breve	Primaria y Mixta	Boronat M, Montiel J, Bellot C. 2017 ⁽³²⁾
			N. Cenzato C. Berti, F. Cazzanig 2023 ⁽²²⁾
			Abate A, Cavagnetto D, Fama A, 2020 ⁽²⁰⁾
	No específica	Primaria y mixta	Sadoun, C. Templier L, Alloul L. 2024 ⁽³⁰⁾
			Abreu, E. Coelho C, Freitas L. 2018. ⁽³¹⁾

Mayor riesgo de distoclusión Clase II esquelética			
Mayor riesgo de <i>Overjet</i>	LM breve	Primaria	Teshome, A. Girma, B. 2021 ⁽³⁴⁾
	LM No Exclusiva o LM Breve	Primaria	Abreu, E. Coelho C, Freitas L. 2018. ⁽³¹⁾
Mayor riesgo de ausencia de espacios primates	LM breve	Primaria	Boronat M, Montiel J, Bellot C. 2017 ⁽³²⁾
		Mixta y primaria	Guimaraes L, Martins S, Almeida I. 2016 ⁽²⁹⁾
No hay asociación con maloclusión	No especifica	Dentición primaria	Hermont A., Martins C, Zina L. 2015 ⁽³³⁾
		Dentición mixta y permanente	Guimaraes L, Martins S, Almeida I. 2016 ⁽²⁹⁾

La Tabla N° 3 resume los principales hallazgos de los estudios incluidos en relación con el tipo de maloclusión, el tiempo de LM y el tipo de dentición evaluada. Se observa que la ausencia de LM se asocia con un mayor riesgo de mordida abierta anterior ^(11, 28, 29) y de mordida cruzada posterior en la dentición primaria y mixta. ^(20, 22, 29)

De manera similar, la lactancia breve se relacionó con una mayor prevalencia de mordida abierta anterior, mordida cruzada posterior, clase II canina, *overjet* aumentado y ausencia de diastemas. ^(11, 27-29, 31) En cuanto a la lactancia no exclusiva, los resultados mostraron un incremento del riesgo de mordida cruzada posterior y de maloclusiones de clase II. ^(11, 21, 25)

Por el contrario, algunos trabajos no reportaron una asociación estadísticamente significativa entre el tipo de lactancia y la presencia de maloclusiones en la dentición primaria, mixta o permanente. ^(26, 30) En conjunto, los resultados permiten describir un patrón en el que la LME de más de seis meses de duración actúa como factor protector frente a distintas maloclusiones, mientras que la ausencia, la interrupción temprana o la alimentación no exclusiva incrementan el riesgo de desarrollar alteraciones oclusales.

DISCUSIÓN

En términos generales, la evidencia analizada sugiere que la LME y prolongada ejerce un efecto protector frente a diversas maloclusiones, como la mordida abierta anterior, la mordida cruzada posterior y las maloclusiones de clase II. No obstante, los resultados muestran heterogeneidad metodológica y discrepancias en la duración óptima de la lactancia. ^(11, 27-31)

La LME durante al menos seis meses y la LM prolongada en el tiempo actúan como factor protector frente al desarrollo de maloclusiones y reducen el riesgo de mordida cruzada posterior, de mordida abierta anterior y de maloclusión clase II. Por el contrario, la ausencia o la interrupción temprana de la LM se asocia con un mayor riesgo de alteraciones oclusales y de ADM debido a la alteración del crecimiento. ⁽³²⁾ La duración y la exclusividad de la LM resultan elementos clave, ya que favorecen el adecuado desarrollo de las estructuras craneofaciales y de las funciones orales (succión, deglución y respiración nasal) al propiciar una oclusión más estable.

Si bien la LM prolongada más allá de los doce meses muestra beneficios en la dentición primaria y mixta, la evidencia sobre la dentición permanente es inconsistente, lo que refleja la heterogeneidad metodológica y el carácter multifactorial de las

maloclusiones. En conjunto, estos hallazgos respaldan el rol de la LM prolongada como estrategia de prevención temprana en salud bucodental durante la infancia.

La comparación con la literatura previa muestra que estos resultados se alinean con lo descrito en estudios recientes, que también han resaltado un efecto preventivo de la lactancia sobre las maloclusiones, aunque con hallazgos inconsistentes respecto de la duración óptima. ^(6, 19, 20) Sin embargo, la presente revisión aporta una síntesis integradora al comparar de manera crítica los resultados y enfoques metodológicos de revisiones previas, lo que permite identificar patrones comunes, discrepancias recurrentes y vacíos persistentes en la evidencia.

En cuanto a la validez de los hallazgos, los estudios con criterios más amplios tendieron a comprometer la validez interna, al incluir muestras heterogéneas que incrementan el riesgo de sesgo, ^(21, 29, 30) mientras que los más restrictivos refuerzan la consistencia metodológica, pero limitan la comparabilidad. ⁽³³⁾ En términos de validez externa, las restricciones por idioma o por características de la población limitan la aplicabilidad de los resultados a otros contextos. ^(20, 22, 30, 34)

En general, la evidencia disponible reafirma que la LM desempeña un papel protector frente a diversas maloclusiones. Sin embargo, algunos autores han descrito discrepancias en la literatura. En algunos casos, la lactancia prolongada (≥ 12 meses) se asoció con un mayor riesgo de *overjet*, mordida profunda, mordida abierta anterior o protrusión de incisivos. ^(11, 20, 22, 29)

Estos hallazgos fueron mencionados como parte del panorama general y no formaron parte de las conclusiones centrales de los autores, quienes coincidieron en destacar un efecto protector de la

lactancia frente a maloclusiones, excepto en el caso de la dentición permanente, en la que los resultados no fueron concluyentes. Esto puede deberse a la peor evaluación cualitativa de los estudios incluidos en dicha revisión y al carácter multifactorial de las maloclusiones.

La falta de consenso se relaciona, en parte, con la heterogeneidad en la definición de duración de la lactancia o si es exclusiva o mixta, lo que limita la comparación entre investigaciones y podría explicar las discrepancias observadas.

En cuanto a los posibles mecanismos biológicos, la LM favorece un adecuado desarrollo de los músculos orofaciales y de las estructuras craneofaciales al promover patrones de succión, deglución y respiración más fisiológicos, lo que explicaría su efecto protector. ^(11, 13, 20) En contraste, la alimentación con biberón y los hábitos de succión no nutritivos ejercen fuerzas musculares distintas que alteran el equilibrio oclusal y predisponen a maloclusiones.

En el ámbito clínico, los hallazgos respaldan la importancia de que los profesionales de APS promuevan y refuercen la LME durante al menos seis meses y su mantenimiento posterior, como estrategia preventiva frente a maloclusiones. En escenarios concretos, esto implica integrar la promoción de la lactancia en los controles odontológicos tempranos, fortalecer la implementación de espacios amigos de la lactancia materna en entornos de APS, para facilitar la continuidad de la lactancia exclusiva y prolongada, ^(3,35) identificar y corregir de manera oportuna los hábitos orales nocivos, e incorporar esta evidencia en programas de salud pública destinados a prevenir la ADM.

En relación con las limitaciones de esta revisión, se reconoce la dependencia de estudios secundarios

y la imposibilidad de realizar una síntesis cuantitativa de los resultados, lo que podría conllevar una sobreestimación de los efectos reportados en estudios de menor calidad. ⁽²¹⁾

Futuras investigaciones deberían enfocarse en estudios longitudinales que evalúen de manera estandarizada la duración y la exclusividad de la LM, controlen factores de confusión relevantes y consideren distintos tipos de dentición. Asimismo, se requieren estudios que integren estos hallazgos en el contexto de APS y evalúen el impacto de las intervenciones preventivas basadas en la promoción de la lactancia sobre la prevalencia de maloclusiones.

CONCLUSIONES

Desde una perspectiva de salud pública y a partir de la integración de los hallazgos de esta revisión con lineamientos provenientes de guías clínicas y de la literatura gris de organismos oficiales, se proponen implicancias orientadas a la práctica en la APS, en tanto la LME, durante al menos seis meses y prolongada en el tiempo produce efectos positivos en la salud oral de niños(as).

Se recomienda capacitar a los equipos de APS sobre el rol de la LM en el desarrollo craneofacial, incorporar consejería odontológica en los controles de salud infantil (durante el GES de la embarazada y la pauta CERO a los seis meses), promover protocolos intersectoriales que integren activamente al odontólogo en los comités de lactancia, implementar estrategias educativas dirigidas a familias en APS, enfocadas en la promoción de la lactancia y la prevención de hábitos orales nocivos.

En conclusión, la LME y prolongada no solo protege frente a enfermedades sistémicas, sino que constituye una estrategia de prevención

temprana en salud bucodental. Su promoción debe ser asumida como una responsabilidad compartida por el equipo de salud, con un rol protagónico del odontólogo en la prevención de maloclusiones desde la primera infancia, en articulación con iniciativas concretas como los Espacios Amigos de la Lactancia Materna.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WHO. Breastfeeding [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2025 [cited 2025 Mar 23]. Available from: https://www.who.int/es/health-topics/breastfeeding#tab=tab_1
2. Jaafar SH, Ho JJ, Jahanfar S, Angolkar M. Effect of restricted pacifier use in breastfeeding term infants for increasing duration of breastfeeding. Cochrane Database Syst Rev. 2016;2016(8):CD007202. doi: 10.1002/14651858.CD007202.pub4. PMID: 27572944; PMCID: PMC8520760. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27572944/>
3. UNICEF. Lactancia Materna [Internet]. Ciudad de México: UNICEF México; 2024 [cited 2025 Mar 23]. Available from: <https://www.unicef.org/mexico/lactancia-materna>
4. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Postnatal care. NICE Guideline [NG194] [Internet]. London: NICE; 2021 Apr 20 [cited 2025 Mar 23]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng194>
5. Arikpo D, Edet ES, Chibuzor MT, Odey F, Caldwell DM. Educational interventions for improving primary caregiver complementary feeding practices for children aged 24 months and under. Cochrane Database Syst Rev. 2018;2018(5):CD011768. doi:

- 10.1002/14651858.CD011768.pub2. Available from:
<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011768.pub2/full/es>
6. Victora C, Bahl R, Barros A, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016;387(10017):475-90. doi:10.1016/S0140-6736(15)01024-7. Available from:
[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)01024-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)01024-7/fulltext)
7. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Lactancia materna y alimentación complementaria [Internet]. Washington, DC: OPS; 2025 [cited 2025 Feb 28]. Available from:
<https://www.paho.org/es/temas/lactancia-materna-alimentacion-complementaria>
8. Valdez Donelli M, Cabello Latife NY, Sal JN, Antacle A. Chupete: más que un calmante. *Evid Actual Pract Ambul*. 2021;24(3):e006940. doi:10.51987/evidencia.v24i4.6940. Available from:
<https://www.evidencia.org/index.php/Evidencia/article/view/6940>
9. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Maternal and child nutrition: nutrition and weight management in pregnancy, and nutrition in children up to 5 years. NICE Guideline [NG247] [Internet]. London: NICE; 2025 Jan 15 [cited 2025 Mar 23]. Available from:
<https://www.nice.org.uk/guidance/ng247>
10. Lenells M, Uphoff E, Marshall D, Wilson E, Gustafsson A, Wells MB, et al. Breastfeeding interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2025;2025(2):CD014833. doi:10.1002/14651858.CD014833.pub2. Available from:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39963955/>
11. Doğramacı EJ, Rossi-Fedeles G, Dreyer CW. Malocclusions in young children: Does breastfeeding really reduce the risk? A systematic review and meta-analysis. *J Am Dent Assoc*. 2017;148(8):566-74.e6. doi:10.1016/j.adaj.2017.05.012. PMID: 28754184. Available from:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28754184/>
12. Gao C, Wang M, He H, et al. Association between non-nutritive sucking habits and anterior open bite: A systematic review and meta-analysis. *BMC Oral Health*. 2025; 25:1124. doi:10.1186/s12903-025-06040-z. Available from:
<https://doi.org/10.1186/s12903-025-06040-z>
13. Patnode CD, Henrikson NB, Webber EM, et al. Breastfeeding and health outcomes for infants and children: A systematic review [Internet]. *Pediatrics*. 2025;156(1):e2025071516 [cited 2025 Mar 23]. Available from:
https://effectivehealthcare.ahrq.gov/sites/default/files/related_files/breastfeeding-health-outcomes-research.pdf
14. Registered Nurses' Association of Ontario. Breastfeeding – Promoting and Supporting the Initiation, Exclusivity, and Continuation of Breastfeeding for Newborns, Infants, and Young Children. 3rd ed. Toronto (ON): RNAO; 2018 [cited 2025 Mar 23]. Available from:
https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/breast_feeding_BPG_WEB_updated_Oct_2_1.pdf
15. Zhao Z, Zheng L, Huang X, et al. Effects of mouth breathing on facial skeletal development in children: A systematic review and meta-

- analysis. BMC Oral Health. 2021; 21:108. doi:10.1186/s12903-021-01458-7. Available from: <https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-021-01458-7>
16. Park EH, Kim JG, Yang YM, Jeon JG, Yoo JI, Kim JK, et al. Association between breastfeeding and childhood breathing patterns: A systematic review and meta-analysis. Breastfeed Med. 2018;13(4):240-7. doi:10.1089/bfm.2017.0222. PMID: 29608327. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29608327/>
17. Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). Análisis de situación de salud bucal [Internet]. Santiago: MINSAL; 2015 [cited 2025 Mar 1]. Available from: https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2015/05/An%C3%A1lisis-de-Situaci%C3%B3n-Salud-Bucal.pdf
18. Doğramacı EJ, Rossi-Fedele G, Dreyer CW. Effect of breastfeeding on different features of malocclusions in the primary dentition: a systematic review protocol. JBI Database Syst Rev Implement Rep. 2017;15(7):1856-66. doi:10.11124/JBISIRIR-2016-003069. Available from: https://journals.lww.com/jbisrir/fulltext/2017/07000/effect_of_breastfeeding_on_different_features_of.13.aspx
19. Cenzato N, Nobili A, Maspero C. Prevalence of dental malocclusions in different geographical areas: Scoping review. Dent J (Basel). 2021;9(10):117. doi:10.3390/dj9100117. PMID: 34677179; PMCID: PMC8534899. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8534899/>
20. Abate A, Cavagnetto D, Fama A, Maspero C, Farronato G. Relationship between breastfeeding and malocclusion: A systematic review of literature. Nutrients. 2020;12(12):3688. doi:10.3390/nu12123688. PMID: 33265907. Available from: <https://www.mdpi.com/2072-6643/12/12/3688>
21. Glazer K, Morales A, Giacomelli G. Effect of breastfeeding on malocclusions: a systematic review and meta-analysis. Acta Paediatr. 2015;104(S467):54-61. doi:10.1111/apa.13077. PMID: 26140303. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26140303/>
22. Cenzato N, Berti C, Cazzaniga F, Di Iasio G, Scolaro A, Maspero C. Influence of the type of breastfeeding as a risk or protective factor for the onset of malocclusions: a systematic review. Eur J Paediatr Dent. 2023;24(4):329-33. doi:10.23804/ejpd.2023.24.04.9. PMID: 38015113. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38015113/>
23. Ministerio de Salud de Chile. División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE). Lactancia materna [Internet]. Santiago: MINSAL; 2025 [cited 2025 Mar 16]. Available from: <https://diprece.minsal.cl/programas-de-salud/programas-ciclo-vital/lactancia-materna/>
24. Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO). Atención primaria de salud [Internet]. Santiago: SSMSO; 2025 [cited 2025 Mar 1]. Available from: <https://redsalud.ssmso.cl/atencion-primaria-de-salud/>
25. Parker K, Chia M. Breastfeeding – Does it affect the occlusion? Prim Dent J. 2020;9(1):32-6.

- p>doi:10.1177/2050168420911027. PMID: 29596751. Available from:
-
32519605. Available from:
- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29596751/>
-
- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32519605/>
26. Turnbull D, Chugh R, Luck J. Systematic-narrative hybrid literature review: A strategy for integrating a concise methodology into a manuscript. Soc Sci Humanit Open. 2023; 7:100381.
27. Wells GA, Shea B, O'Connell D, Peterson J, Welch V, Losos M, Tugwell P. The Newcastle–Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomised studies in meta-analyses. Ottawa: Ottawa Hospital Research Institute; 2013.
28. Joanna Briggs Institute. JBI Critical Appraisal Tools. Adelaide: JBI; 2017.
29. Guimaraes L, Martins S, Almeida I. Breastfeeding, bottle feeding and risk of malocclusion in mixed and permanent dentitions: a systematic review. Braz Oral Res. 2016;30(1):e22. doi:10.1590/1807-3107BOR-2016.vol30.0022. PMID: 27050935. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27050935/>
30. Sadoun C, Templier L, Alloul L, Rossi C, Díaz Renovales I, Nieto Sanchez I, et al. Effects of non-nutritive sucking habits on malocclusions: a systematic review. J Clin Pediatr Dent. 2024;48(2):4-18. doi:10.22514/JOCPD.2024.029. Available from: <https://oss.jocpd.com/files/article/20240301-216/pdf/JOCPD2023051901.pdf>
31. Abreu E, Coelho C, Freitas L. Breastfeeding versus bottle feeding on malocclusion in children: A meta-analysis study. J Hum Lact. 2018;34(4):768-88. doi:10.1177/0890334418755689. PMID: 29596751. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29596751/>
32. Boronat M, Montiel J, Bellot C. Association between duration of breastfeeding and malocclusions in primary and mixed dentition: a systematic review and meta-analysis. Sci Rep. 2017; 7:5048. doi:10.1038/s41598-017-05393-y. PMID: 28755045; PMCID: PMC5505989. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5505989/>
33. Hermont AP, Martins CC, Zina LG, Auad SM, Paiva SM, Pordeus IA. Breastfeeding, bottle feeding practices and malocclusion in the primary dentition: a systematic review of cohort studies. Int J Environ Res Public Health. 2015;12(3):3133-51. doi:10.3390/ijerph120303133. PMID: 25785498; PMCID: PMC4377956. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4377956/>
34. Teshome A, Girma B. The impact of exclusive breastfeeding on malocclusion: a systematic review. SN Compr Clin Med. 2021; 3:95-103. doi:10.1007/s42399-020-00662-0. Available from: <https://www.epistemonikos.org/en/documents/4c25b488cd75dcf114d8c6c7367d00384c88b634>
35. UNICEF. Iniciativa Espacios Amigos de la Lactancia Materna en centros de trabajo y estudio (IEALM) [Internet]. Guatemala: UNICEF; 2024 [cited 2025 Mar 23]. Available from: <https://www.unicef.org/guatemala/iniciativa-espacios-amigos-lactancia-materna-centros-trabajo-estudio-iealm>